

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CUIDADO A LARGO PLAZO

¿Qué servicios esta solicitando?

Si necesita este formulario en Español, llame al 1-800-482-8988 y pida la versión en Español

- Centro de Convalecientes ALF ARChoices PACE DDS Waiver

Si necesita usted este material en diferente formato; como por ejemplo letra grande contacte a la oficina de DHS de su condado.

1. Soy residente de Arkansas: Si No 2. Tengo 65 años de edad o más Ciego Incapacitado

3. Mi nombre completo es: _____ Raza _____ Sexo _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

4. Mi domicilio actual es: _____
Domicilio Físico Ciudad Estado Código Postal Condado

_____ Domicilio de Correos (P.O. Box) Ciudad Estado Código Postal Condado

Mi domicilio anterior es: _____
Domicilio de Correos Ciudad Estado Código Postal Condado

He vivido en mi domicilio actual por: _____ años.

5. Mi número telefónico es: _____ 6. Nací en: _____
Mes Día Año

7. _____ Nací en: _____
Número de Seguro Social Número de Medicare Ciudad o Condado

_____ Número de Retiro de Servicios Ferroviarios Número de Reclamo de VA Estado o Condado

8. Soy Ciudadano Estadounidense: Si No 9. He sido admitido legalmente: Sí No

10. Soy: Casado(a) Separado(a) Viudo(o) Divorciado(a) Soltero(a)

Complete las Preguntas 11 – 15 SÓLO si tiene esposo (a)

11. El nombre de mi esposo(a) es: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

12. El domicilio de mi esposo(a) es: _____
Calle o Ruta No. Ciudad Estado Código Postal Condado

13. El número telefónico de mí. Esposo(a) es: _____ 14. Mi esposo(a) nació en: _____
Mes Día Año

15. _____
No. de Seguro Social de mi esposo(a) No. De Medicare de mi Esposo(a) No. De Retiro de Serv. Ferroviarios No. De Reclamo de VA

16. Yo y mi esposo tenemos ingresos por lo siguiente: (Marque (✓) Sí o No. Si contesta Sí dé la cantidad y frecuencia con la que el ingreso es recibido).

YO

MI ESPOSO(A)

RECURSO DE INGRESOS	YO				MI ESPOSO(A)			
	SÍ	NO	CANTIDAD	CON QUE FRECUENCIA	SÍ	NO	CANTIDAD	CON QUE FRECUENCIA
Beneficios de Retiro								
Beneficios de Seguro Social								
SSI (Ingreso de Seguro uplementario)								
Beneficios de Veterano								
Retiro Ferroviario								
Beneficios de Servicio Civil								
Intereses/Dividendos								
Aseguranza								
Dinero por Valores								
Derechos Minerales/Renta de Crudo								
Arrendamiento								
Contribuciones en Efectivo								
Beneficios de Desempleo								
Compensación al Trabajador								
Empleo/Trabajo								
Granja/Empleo por Cuenta Propia								
Depósitos hechos por otros para mi								
Otros								

17. Yo o mi esposo(a) hemos recibido SSI en el pasado: Sí No Si es así, Cuando _____

18. Yo o mí esposo(a) esperamos un cambio de ingreso: Sí No Si es así, Explique: _____

19. Yo y mi esposo(a) somos propietarios de una casa: Sí No
 Si es así, mí casa es habitada por mi esposo(a) y/o parientes dependientes. Sí No

Dirección de la Casa _____ Valor de Equidad _____

En el pasado yo o mi esposo(a) hemos sido propietarios de casas en: _____
 Ciudad, Condado, Estado _____

 Ciudad, Condado, Estado _____

20. Yo o mi esposo(a) somos propietarios de bienes raíces, (tierra o edificios) además de mi casa. Sí No
 Si es así, complete lo siguiente:

Dirección de la Propiedad _____ Valor de Equidad _____

Dirección de la Propiedad _____ Valor de Equidad _____

En el pasado, yo o mi esposo(a) hemos sido propietarios de bienes raíces (tierra o edificios) además de mi casa:

Ciudad, _____ Condado y Estado _____

21. Yo o mi esposo(a) hemos vendido/escriturado/dado una casa u otra propiedad inmueble: _____
 A quien _____

22. Yo o mi esposo(a) mantenemos bienes raíces, dote, cortesía, herencia u otro interés en una casa u otra propiedad

Localización de la Propiedad (Ciudad, Condado, Estado) _____ Tipo de Interés _____ Valor _____

23. Yo o mi esposo(a) somos propietarios de bienes personales como automóviles, camionetas, tractores o maquinaria de granja, trailers, botes, etc.: (Si son más de tres, enliste en una hoja separada por favor)

Artículo (Marca, Modelo, y Año)	Valor de Equidad
---------------------------------	------------------

Artículo (Marca, Modelo, y Año)	Valor de Equidad
---------------------------------	------------------

Artículo (Marca, Modelo, y Año)	Valor de Equidad
---------------------------------	------------------

24. Yo o mi esposo(a) tenemos animales de cría (ganado, aves de corral, bagre, pescado pequeño, grillo, gusanos, etc.)
 Si No Si es así, complete lo siguiente:

Tipo de Animal de Cría y Cantidad que se posee	Valor
--	-------

25. Yo o mi esposo(a) tenemos los siguientes bienes. (Marque (√) Si or No. Si es así, dé cantidad y valor, lugar del bien, y nombre del co-propietario, si lo hay)

TIPO	SI	NO	CANTIDAD/ VALOR	LOCALIZACIÓN DEL BIEN	NOMBRE DEL CO-PROPIETARIO
Efectivo					
Cuenta de Cheques					
Cuenta de Ahorros					
Otros ahorros (Certificados, etc.)					
Pagarés					
Valores de Bolsa					
Bonos					
Cuenta de Fondo de Paciente					
Hipoteca					
Placa de Entierro/Cripta					
Fondo Funerario/Aseguranza					
Aseguranza de Vida					
Fondos					
Otros					

26. Yo o mi esposo(a) tenemos ingreso adicional y /o propiedad (inmueble o personal) que no pude enlistar bajo los artículos 16 al 23.
 Si No Si es así, escriba su respuesta(as)(s) en una hoja separada.

27. Yo y mi esposo(a) tenemos otros recursos (inmuebles o personales) que me están siendo detenidos por otra persona.
 Si No Si es así, complete lo siguiente:

Tipo de Recurso	Lugar del Recurso	Cantidad/Valor
-----------------	-------------------	----------------

Tipo de Recurso	Lugar del Recurso	Cantidad/Valor
-----------------	-------------------	----------------

28. Yo o mi esposo(a) tenemos cobertura de aseguranza de hospital/medica i.e. Si No Si es así, complete lo siguiente:

Nombre y dirección de la Compañía de Aseguranza	No. de Póliza
---	---------------

29. Yo tengo gastos médicos sin pagar por los últimos tres(3) meses. Si No

30. Yo o alguien en mi hogar, quisiera aprender a leer, o como leer mejor. Si No

31. ¿Tiene usted Aseguranza de Cuidado a Largo Plazo? Si No

- Entiendo que debo ayudar a establecer mi elegibilidad al proporcionar tanta información solicitada como me sea posible.
 - Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a conducir cualquier investigación concerniente a mí y/o mi esposo(a) necesaria para establecer mi elegibilidad para asistencia.
 - Entiendo que a ninguna persona se le negará la asistencia de cuidado a largo plazo u otra asistencia de Medicaid basándose en raza, color, origen nacional o incapacidad.
 - Entiendo que debo solicitar una audiencia frente al representante de la agencia del estado si no se toma una decisión en mi caso dentro del límite de tiempo apropiado o si yo estoy en desacuerdo con la decisión alcanzada.
 - Estoy de acuerdo en notificar al Departamento de Servicios Humanos en un término de 10 días si yo o mi esposo(a) recibimos ingresos adicionales, adquirimos o nos despojamos de propiedad o si ocurren otros cambios en mis circunstancias.
 - Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a examinar todos mis archivos, o los archivos de aquellos recibiendo o habiendo recibido beneficios de Medicaid a través de mí, con el propósito de investigar si una persona cometió o no fraude a Medicaid o para el uso de cualquier procedimiento, legal, administrativo o judicial.
 - Entiendo que yo debo proporcionar mi Número de Seguro Social como condición de mi elegibilidad; y entiendo que este número puede ser usado por la Agencia sin mi expreso permiso en una comparación de datos en la computadora para obtener información relacionada a mi elegibilidad para asistencia de parte de la Administración de Seguro Social, del Departamento de Servicios de Fuerza Laboral, por el IRS (Internal Revenue Services), u otras agencias.
 - **ASIGNACIÓN DE APOYO MÉDICO.** Por la presente, Yo autorizo al poseedor de información médica u de otro tipo sobre mi persona a entregar la información necesaria para una demanda de Medicaid al DHS. Además autorizo la entrega de información a terceros que puedan ser responsables por mis gastos médicos. Como condición de elegibilidad, asigno automáticamente mi derecho a todo acuerdo conciliatorio, sentencia o arbitraje que pueda obtenerse de terceros al DHS por la cantidad del importe total que haya pagado el DHS por mi persona. Yo autorizo y solicito que todo fondo, liquidación y otros pagos hechos por o en representación de terceros, incluidos los causantes del daño o compañías de seguro originados por la demanda de Medicaid sean pagados directamente al DHS. Mi solicitud de beneficios Medicaid constituye en sí misma una asignación en virtud de la ley y se considera un derecho de retención obligatoria sobre todo acuerdo conciliatorio, sentencia o arbitraje que yo reciba de terceros. Un tercero es toda persona, entidad, institución, organización u otra fuente que pueda ser considerada responsable de lesiones, enfermedad, discapacidad o muerte de mi persona u otros mencionados aquí, incluidos las propiedades de dichos individuos. También cedo todos los derechos a un acuerdo extrajudicial hecho por mi o en representación mía originado por una demanda en la medida de los gastos médicos pagados por el DHS, independientemente de si se ha designado o no un porcentaje de dicho acuerdo para el pago de los gastos médicos. Todos los fondos recibidos por mí serán pagados al DHS. Se podrá usar una copia de esta autorización en lugar del original.
 - **Entiendo el requisito de revelar en mi solicitud para servicios de Cuidado a Largo Plazo, información con respecto a cualquier interés que yo o mi esposo(a) tengamos en comunidad en una anualidad/renta vitalicia.**
 - **Entiendo el requisito de el estado como beneficiario/legatario de lo que yo y mi esposo(a) seamos propietarios vitalicios.**
 - Si tiene usted preguntas o problemas con respecto a/con su solicitud o cuidado, llame al albacea-de Cuidado a Largo Plazo de su estado al: 501-682-8952.
 - **AVISO IMPORTANTE DE ESTADO DE RECUPERACIÓN:**
Si usted recibe Medicaid en un Centro para convalecientes, en una centro de cuidados intermedios o para personas con retraso mental ICF/MR, o a través de un programa exención para hogares y comunidades, el importe total de los beneficios de Medicaid pagados en su nombre serán adeudados al DHS y podrán ser recuperados con cargo a su patrimonio o al patrimonio del receptor de una escritura para beneficiarios después de su muerte. Su patrimonio es la propiedad que le pertenece a usted al tiempo de su muerte. DHS no hará un reclamo en contra de su estate mientras usted este con vida. DHS no hará un reclamo en contra de su estate después de su muerte si su esposo(a) está aún con vida, o si usted tiene hijos dependientes menores de 21 años o hijos ciegos o con discapacidades. DHS recaudará la deuda, si hay alguna, al hacer una reclamación de su patrimonio. La recaudación no se llevara a cabo si no es económicamente viable para DHS o si usted o sus herederos solicitan una excusa por razón de dificultades extremas después de su muerte. Una dificultad Extrema puede existir si el patrimonio de su propiedad es la única fuente de ingreso para sus herederos, si ese ingreso es limitado, o si hay otras circunstancias apremiantes.
- CERTIFICACIÓN: YO HE LEÍDO LAS DECLARACIONES DE ARRIBA; Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS PROVISIONES.**
- **PARA LOS RECIPIENTES/SOLICITANTES DE CUIDADO A LARGO PLAZO SOLAMENTE:** Después de revisar las alternativas de admisión a un Centro para Convalecientes disponibles por medio del Departamento de Servicios Humanos, entiendo que yo estoy eligiendo ser servido en una Centro para Convalecientes.
 - Entiendo que si soy admitido en un Centro para Convalecientes basado en la aprobación condicional de Medicaid y mi caso de Medicaid es negado, yo, o mi familia, seremos responsables por cualquier deuda durante mi estancia en el Centro para Convalecientes.
 - Entiendo que este formulario es firmado sujeto a pena de perjurio, y entiendo que si recibo asistencia a la que no tengo derecho como resultado de retener o proporcionar información incorrecta, tal asistencia será sujeta a recuperación por el Departamento de Servicios Humanos y puedo ser sujeto a prosecución por fraude y multado/ o encarcelado.

Testigo (si ha firmado con marca)/Fecha	Firma del Solicitante, Tutelar, o Representante Autorizado	
Domicilio del Testigo/Numero Telefónico	Fecha	Numero Telefónico
Nombre de la Persona Que Ayudo a Completar el Formulario/Fecha DHS-0777 (R. 01/16) Pagina 4 de 5	Domicilio del Tutelar, o Representante Autorizado	

Esto completa el proceso de solicitud para cuidados a largo plazo y exenciones. La ley federal requiere que cada estado brinde la oportunidad de inscribirse para votar con cada solicitud de ayuda pública. Las siguientes páginas del paquete son la Solicitud de inscripción de votantes de Arkansas (Arkansas Voter Registration Application). Por favor, responda la siguiente pregunta con respecto a la inscripción de votantes:

¿Le gustaría inscribirse para votar o cambiar su dirección de registro de votante? **Sí** **No**

Si seleccionó **Sí**, por favor complete y firme la Solicitud de inscripción de votantes adjunta. Si seleccionó **No**, entregue su solicitud de Medicaid completa en su oficina municipal del Departamento de Recursos Humanos local.

SOLICITUD PARA INSCRIPCION PARA VOTAR EN ARKANSAS

Esta solicitud es para (marque todos los que se aplican a Ud.): <input type="checkbox"/> Una nueva inscripción. <input type="checkbox"/> Un cambio de nombre. <input type="checkbox"/> Un cambio de domicilio. <input type="checkbox"/> Un cambio de partido político.		Espacio para uso exclusivo de la oficina					
		Número de identidad asignado					
1	Sr. Sra. Srta.	Apellido	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre		
2	Domicilio/ Vivienda (Ver Seccion "C" abajo) (Domicilio rural debe dibujar un mapa)		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
3	Dirección donde recibe su correo si es diferente al de su domicilio particular		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
4	Fecha de nacimiento Mes / Día Año		5	Números de teléfono (opcional) Domicilio: Laboral:		6	Afiliación política (opcional)
7	E-mail/Correo Electrónico (opcional)		8	¿Ha votado alguna vez en una elección federal en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9	No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente. <input type="checkbox"/> No. de licencia de conducir <input type="checkbox"/> Si no tiene licencia de conducir provea los últimos cuatro números de su número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir ni número de Seguro Social.		Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márkelo.				
10	(A) ¿Es usted un/a ciudadano/a de los Estados Unidos de América y un residente del estado de Arkansas? Sí No (B) ¿Tendrá usted dieciocho (18) años o más de edad antes o en el día de elección? Sí No (C) ¿Está usted declarado incompetente en la actualidad mental por un tribunal con jurisdicción competente? Sí No (D) ¿Has estado condenado de un crimen grave sin pena, sin tener su condena descargada o perdonada? Sí No Si usted marco "No" en respuesta a las preguntas A o B, no termine esta solicitud. Si usted marco "Si" en respuesta a una o más de las preguntas C o D, no termine esta solicitud.		La información que he proporcionado está verdad según mi leal saber y entender. Yo no reclamo que el derecho de votar en otro país ni el estado. Si he proporcionado información falsa, yo puedo ser susceptible a una multa de hasta \$10,000 y/o el encarcelamiento de hasta 10 años según los leyes del estado y federales.				
11			Fecha: Mes / Día Año Si el solicitante es incapaz de firmar su nombre, provea el nombre, dirección y teléfono de la persona asistiendo al solicitante: Nombre Dirección: _ Ciudad: Estado: No. de teléfono: _				

Por favor complete las siguientes secciones si es que: REGISTRANTES POR CORREO: POR FAVOR VER SECCION D.

- Ud. estaba previamente registrado para votar en otro condado o estado; o
- Ud. desea cambiar su nombre o dirección en su registración

	Código de Agencia (Uso oficial)
--	--

A	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre(s)
----------	----------------------	-------------------	----------------------------	--------	-------------------

Fecha de nacimiento Mes / Día Año

B	Domicilio anterior	No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
----------	--------------------	------------------------	---------------	---------	--------	---------------

Si Ud. vive en una zona rural y su domicilio no tiene un numero de casa o calle, o si no tiene una dirección, por favor dibuje un mapa donde vive Ud.

C

- Escriba los nombres de las calles o intersecciones más cercanas a donde usted vive.
- Marque con una "X" su domicilio.
- Use un punto para marcar escuelas, iglesias, negocios, u otros lugares conocidos cerca de donde vive, y escriba el nombre del lugar.

Ejemplo	• Grocery Store (Almacén)				
	Woodchuck Road			NORTE ↑	
• School (Escuela)		X			

REQUISITOS PARA IDENTIFICACION

IMPORTANTE: Si usted se está registrando, por la primera vez y está mandando esta solicitud por correo, debe mandar una copia de un documento de identidad actual y valido con su fotografía, o una copia actual de una factura de servicio publico, estado de cuenta bancaria, cheque expedido por el gobierno, cheque de pago de sueldo, u otro documento del gobierno demostrando su nombre y dirección para evitar requisitos adicionales de identificación cuando votando por su primera vez.

**Arkansas Secretary of State
ATTN: Voter Registration
P. O. Box 8111
Little Rock, Arkansas 72203-8111**

**Se requiere
estampilla de
1^a. Clase para
envío por
correo**

Remitente:

Información sobre fechas de plazo:

Para poder votar en la próxima elección, usted debe solicitar a registrarse para votar 30 días antes de la elección. Si usted manda esta solicitud por correo, debe ser recibida estampillada por la oficina de correo por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Usted también puede presentar esta solicitud en cualquier agencia para registrar volantes por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Si usted no presenta su solicitud antes de esa fecha, no estará registrada/o a tiempo para votar en la próxima elección. Por favor, no se demore en registrarse. Asegúrese de que su voto cuente.

Si su solicitud es aprobada y la información en ella está completa, usted será notificado de su distrito electoral por su Secretario del Condado (County Clerk).

Para enviar por correo:

Doble la solicitud por la perforación en el medio, saque la cinta se plástico, selle en la parte de abajo, ponga una estampilla, y deposítela en el correo.

Si tiene preguntas:

**Llame a su Secretario del Condado (County Clerk)
o a
Secretario del Estado de Arkansas (Secretary of State)
Mark Martin
División de Elecciones
1-800-482-1127**

Contáctese con su Secretario del Condado (County Clerk) si usted no ha recibido confirmación de esta solicitud dentro de 2 semanas.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL DE ARKANSAS

La sección 7 de la Ley Nacional de Inscripción en el Registro Electoral (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993 exige que cada estado otorgue la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública y toda recertificación, renovación y cambio de dirección. Este paquete de registro de electores representa su oportunidad de registrarse para votar o cambiar su dirección de registro electoral. Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si usted necesita ayuda para llenar esta planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted podrá llenar en privado la planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral.

No se usará ninguna información relacionada a la negación de registrarse para votar en relación a la solicitud para ningún propósito distinto a la inscripción en el registro electoral.

Si usted considera que alguien ha interferido en su derecho a: 1) Registrarse para votar; 2) No registrarse para votar; 3) Privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar; o 4) Elegir su propio partido político u otra preferencia política,

Puede presentar un reclamo al:

Secretario de Estado
Room 256 State Capitol
Little Rock, Arkansas 72201
1-800-482-1127

Envío de instrucciones para inscripción en el registro electoral

Usted tiene dos opciones para enviar su planilla de inscripción en el registro electoral.

1. Puede enviar la planilla de registro en persona o enviarla junto a su SNAP o solicitud de Medicaid a la oficina del DHS local de su condado. Puede encontrar la dirección de la oficina local de su condado en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) deben ser enviadas a la oficina del DHS del condado Jefferson. Si usted está usando alguna de estas planillas, podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral junto a su solicitud a dicha oficina. Al recibir las planillas en cualquier oficina del condado serán enviadas a la oficina del Secretario de Estado por usted.
2. También podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral directamente a la oficina del Secretario de Estado. Para hacer esto, separe la planilla de su solicitud/renovación, doble la planilla siguiendo la guía del medio, selle el final con cinta adhesiva o con una grapa, y envíela a la dirección indicada. Para su envío se requiere una estampilla o sobre prefranqueado.

Dirección postal de las oficinas del DHS por condados

Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Rd	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71802	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Benton	900 SE 13 th Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72602	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	PO Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 East 2 nd St.	Booneville	72927	Searcy	106 School St	Marshall	72650
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison Ave	Ft. Smith	72901
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Cross	803 Hwy 64E	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	75229
Dallas	1202 W. 3 rd St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W 18 th St.	El Dorado	71730
Faulkner	1000 East Siebenmorgan Road	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	449 Ingram Street	Clinton	72031
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mount Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Danville	72833

***Si usted vive en el condado Pulaski, por favor revise la siguiente lista de códigos postales para asegurar el envío o devuelva su solicitud a la oficina correcta del DHS del condado Pulaski.**

Pulaski Este: 72016, 72053, 72126, 72135, 72201, 72202, 72203, 72205, 72207, 72212, 72223, 72227

Pulaski Norte: 72046 (England), 72113, 72114, 72115, 72117, 72118, 72119, 72142 (Scott), 72190, 72231

Pulaski Jacksonville: 72023 (Cabot), 72076, 72078, 72099, 72106, 72116, 72120, 72124

Pulaski Sur: 72204, 72206 (También para el Suroeste)

Pulaski Suroeste: 72002, 72065, 72103, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (También para el Sur)

DCO-0137 (R. 04/15)